

問診票

ふりがな		男 ・ 女
お名前		生年月日・年齢 (歳)
住所 〒		大 昭 平 令 年 月 日
	電話 ()	携帯電話番号
身長 cm	体重 kg	来院前体温 ℃

【症状が出る前の一週間以内の行動について、該当するものにチェックしてください(複数可)。】

- 新型コロナウイルス感染者と接触した。あるいは、接触した可能性がある。
- 自身、または同居家族の周辺で新型コロナウイルス感染者または濃厚接触者の情報があつた。
- 同居家族や頻繁に接する人の中に、風邪症状の人がいる。
- (ここ一週間に限らず)自身に新型コロナウイルス感染歴がある(感染時期:令和 年 月)

【今日はどのような症状でいらっしゃいましたか?】

耳 (右・左・両)

- 痛い かゆい 耳鳴り 聞こえが悪い つまった感じ 耳だれ 自分の声がひびく
その他 _____

鼻

- 鼻づまり 鼻汁 (ドロドロ・水ばな) 鼻汁がのどにながれる 臭いがしない クシャミ
鼻血 (右・左 いつから) その他 _____

口・喉

- 痛い つまる感じ せき たん 声がかすれる 口がかわく 息苦しい 飲み込みにくい
舌がある 味がしない 魚の骨が刺さった その他 _____

その他

- 頭痛 顔がはれた 首が痛い 首のはれ 眼がかゆい
めまい (フワフワ・グルグル・クラクラ) その他 _____

【いつごろからですか?】 _____ 日前から _____ 週間前から _____ ヶ月前から

【今回の症状が出てからどこかで治療を受けましたか?】 はい (いつ _____) ・ いいえ

【今まで患った病気、現在通院中または服用中の病気はありますか?】

ない・ある (高血圧 糖尿病 腎臓病 心臓病 胃潰瘍 ぜんそく 緑内障 白内障
B型肝炎 C型肝炎 高脂血症 痛風 その他 _____)

【現在飲んでいる薬はありますか?】 ない・ある

※「ある」の場合はすべて記載してください。または、「おくすり手帳」を受付に出してください。

(_____)

【薬のアレルギー】 ない・ある (_____)

【(女性の方にお聞きします) 現在妊娠中ですか。または授乳中ですか。】

いいえ ・ はい (妊娠 _____ ヶ月 ・ 授乳中)

【(小児の方にお聞きします) 希望のお薬の剤型は?】 シロップ ・ ドライシロップ (粉) ・ 錠剤